



RECLAMO POR TÍTULO VI

Instrucciones: Complete y firme este formulario, y luego envíelo por correo o fax al Gabinete de Transporte de Kentucky.

Dirección:

Kentucky Transportation Cabinet
 Office for Civil Rights & Small Business Development
 200 Mero Street, 6th Floor West
 Frankfort, KY 40622

Fax:

Kentucky Transportation Cabinet
 Office for Civil Rights & Small Business Development
 Attn: Discrimination Complaint Coordinator
 (502) 696-3930

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMANTE

NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	TELÉFONO	TELÉFONO ALTERNATIVO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN POSTAL (calle)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Indique el fundamento de su reclamo:

- Raza
- Color
- Nacionalidad

Proporcione la fecha y los lugares de las presuntas acciones discriminatorias. Incluya la primera fecha y la fecha más reciente en las que ocurrió la discriminación.

¿De qué manera lo discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, la determinación o las condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué considera que su condición protegida (fundamento) fue un factor en la discriminación. Incluya de qué manera se trató a otras personas de manera diferente a cómo lo trataron a usted. *(Agregue hojas adicionales si es necesario).*

La ley prohíbe intimidación y represalias contra cualquier persona por haber actuado o participado en una acción para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que ha sido víctima de represalias, aparte de la supuesta discriminación anteriormente mencionada, explique las circunstancias. Indique qué acción tomó que considera que fue la causa de la supuesta represalia. *(Agregue hojas adicionales si es necesario).*

Nombres de las personas, la agencia o el departamento responsable de las acciones discriminatorias:

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

RECLAMO POR TÍTULO VI

Nombre de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su reclamo: *(Agregue hojas adicionales si es necesario).*

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Proporcione cualquier información adicional o fotografías, si corresponde, que considere que podrían ayudar en una investigación. *(Agregue hojas adicionales si es necesario).*

¿Se presentaron fotografías junto con el reclamo? Sí No

SECCIÓN 3: ACCIONES

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar un reclamo con respecto al asunto planteado con alguna de las siguientes instituciones? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

<input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de EE. UU.	_____	<input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales	_____
<input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras	_____	<input type="checkbox"/> Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo de los EE. UU.	_____
<input type="checkbox"/> Administración Federal de Transporte	_____	<input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de los EE. UU.	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____		

¿Ha analizado el reclamo con algún representante del Gabinete de Transporte de Kentucky (KYTC)? Sí No
 De ser así, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de análisis.

Nombre del representante de KYTC	Cargo del representante	Fecha del análisis

¿Cuenta con algún abogado para su caso? Sí No
 En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del abogado.

Nombre del bufete de abogados	Nombre del abogado representante
Dirección postal	Teléfono

Explique brevemente qué recurso o acción está buscando para la presunta discriminación.

No podemos aceptar un reclamo sin firmar. Firme y escriba la fecha del reclamo a continuación.

Firma del reclamante	Fecha
-----------------------------	--------------

ÚNICAMENTE PARA UNO INTERNO

Fecha en que se recibió el reclamo: _____ Caso n.º: _____

Procesado por: _____ Fecha de la derivación: _____

Derivado a: Departamento de Transporte de EE. UU. (DOT) Programa de Carreteras en Territorios Federales (FHWA) Administración Federal de Transporte (FTA) Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) Otro _____